

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Azienda Sanitaria Locale n°
U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - Direttore

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Reso edotto sulla possibilità di usufruire di un trattamento per il sollievo del dolore,

- farmacologico per il controllo del dolore postoperatorio o del dolore acuto
- farmacologico per il controllo del dolore cronico
- neurostimolazione periferica (TENS, elettroagopuntura) o terapie fisiche
- Ipnosi
-

In particolare avendo capito i vantaggi e gli eventuali effetti collaterali di tale terapia. Acconsento all'utilizzo del seguente protocollo di trattamento, ritenuto idoneo dallo specialista e con me concordato:

.....
.....
.....

Io sottoscritto/a avendo inteso quanto sopra,

acconsento al trattamento concordato con il DR. _____ e acconsento che tale protocollo possa essere modificato, integrato o sospeso, in rapporto alle mie esigenze, all'evoluzione della malattia o dei disturbi.

Luogo / Data

Firma del paziente